Rok XXXII. Kraków, 18. Listopada 1893. Nr. 46.

Redakcyja: Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9. Telefonu Nr. 108.

Administracyja: Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Pères.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saintes Pères, *w Nowym Jorku* Dr. Bronisław Grabowicz 197 Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ $1^{1}/_{2}$ „	„ $3^{1}/_{8}$ „	„ 6 „

I. Wytworzenie przetoki pochwowo-odbytnicowej z zastawką.

Przez

Prof. Rydygiera.

(Według odczytu na V. zjeździe chirurgów polskich).

Przed kilku laty musiałem z powodu raka usunąć całą cewkę wraz ze szyjką pęcherza. Ażeby uwolnić pacyentkę od następowego obrzydliwego ściekania moczu i jego następstw, pozostawał stary sposób wytworzenia przetoki pochwowo-odbytnicowej z następowem zamknięciem pochwy (*occlusio vaginae*). Pozostaje wówczas jeszcze niestety niebezpieczeństwo z tego względu, że kał równie dobrze może dostawać się do pochwy i do szeroko otwartego pęcherza, jak i mocz do odbytnicy. Aby temu zapobiedz, zakreśliłem sobie następujący plan operacyi:

Na tylnej ścianie pochwy zaznacza się trójkątny płat, którego mostek odżywczy leży u góry w sklepieniu pochwy. Wielkość płatu oznacza się według odległości i szerokości pochwy; nie powinien wypaść nigdy za małym. Płat wycina się z całej grubości ściany pochwowo-odbytnicowej tak, że następnie powstaje szeroka trójkątna przetoka pochwowo-odbytnicowa. Trójkątny płat obrąbia się (błonę śluzową odbytnicy zeszywa się z błoną śluzową pochwy) i zapuszcza do odbytnicy. Następnie zeszywa się trójkątną przetokę od dołu ku górze tak daleko, że tylko u góry pozostaje mały, lejkowaty otwór, przez który może się wylewać mocz z pochwy do odbytnicy. Zwieszający się w odbytnicy kończysty płat zapobiega dostawaniu się kału z odbytnicy do pochwy, gdyż przy parciu od strony odbytnicy przylega do przetoki i zamyka ją. Otwór jednak nie powinien być zadużym, ponieważ wówczas płat zastawkowy bardzo łatwo może być wypartym napowrót do pochwy.

W moim drugim przypadku górne szwy przy zmniejszaniu przetoki puściły, przez co pozostał u góry duży otwór, przez który zastawka mogła przemknąć się napowrót; wówczas po odpowiedniem odświeżeniu końca zastawki i błony śluzowej poniżej przetoki, przyszyłem go od dołu do błony śluzowej odbytnicy tak, że przemknięcie się napowrót było niemożliwem; po obu tylko stronach płatu pozostały otwarte ukośne szpary.

Gdym się przekonał, że przetoka z zastawką dobrze funkcyonuje i zabliźniły się brzegi rany, w obu przypadkach jako ostatni akt wykonałem zwykłym sposobem zamknięcie pochwy (*occlusio vaginae*), gdyż w obu przypadkach miałem do czynienia z rakiem cewki i szyjki pęcherza, którego usunięcie wymagało odcięcia cewki i dolnej części pęcherza, a w rezultacie miałem zadanie przywrócić zdolność zatrzymywania moczu (*continentiam urinae*).

W moim pierwszym przypadku (prywatna pacyentka) nie można było w zupełności przeprowadzić planu operacyjnego, gdyż pacyentka straciła cierpliwość, zanim zamknięcie pochwy doprowadzono do końca.

U drugiej pacyentki pozostała tylko przetoka po szwie przy zamknięciu pochwy; przetokę tę zeszyje się po feryach; większa część moczu odpływa przez odbytnicę.

Przez dłuższy czas będę szukał sposobności, aby módz jak najwcześniej donieść o zachowaniu się nerek i o czynnościowej sprawności odbytnicy.

II. Z kliniki położniczej we Lwowie.

O cięciu cesarskiem.

Podał

prof. Dr. A. Czyżewicz.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 45.)

Na dowód, że bezwładność macicy po jej wypróżnieniu inne ma przyczyny, jak operowanie w braku bólów porodowych przedwczesne lub ściągnięcie jej podwiązką elastyczną, posłużyć może mój przypadek trzeci, metodą Saen-

gera operowany. Chorą przywiezioną z odległości przeszło 20 mil i to koleją i wozem, już w bólach porodowych zastałem; odcinek główki po odpływie wód we wchodzie nieruchomy. Operacya zatem wykonaną była po dłuższem już trwaniu czynności porodowej; macicę ściągano rękami a przecież ta macica po jej wypróżnieniu, pomimo braku podwiązki elastycznej, pomimo użycia środków kurcze wywołujących, nawet po wytamponowaniu jej gazą jodoformową wedle Dührssena, używanego bezskutecznie także przez V. Stählego w Bernie [1]), Dohrna [2]) w Królewcu, Fritscha, v. Otta, Saengera, Traubego i innych, tak się nie obkurczała, że nie wiele brakowało, abym zaszytą już macicę obciął sposobem Porry, jak to zresztą uczynił Fasola we Florencyi a zalecali Blanc i Staude. Wcale się nie dziwię Russowi i Wyderowi [3]), którzy właśnie bezwładność macicy jako wskazanie do operowania metodą Porry postawili a przypadki opisane przez Treuba (2 śmierci z krwotoku z bezwładności), Staehlego (1 śmiertelny), uprawniają zupełnie do takiego postępowania. Tak również zapatruje się na tę sprawę Staude i wielu innych a Lomer dochodzi nawet do nieco śmiałego wniosku, aby przy krwotokach najgroźniejszych z bezwładności macicy po porodzie wykonać laparotomię i odcięcie macicy. To wszystko jednak nie przekonywa przeciwników metody Porry a niechęć do niej doprowadziła Koksa w obronie cięcia klasycznego tak daleko, że nawet w podobnie rozpaczliwej bezwładności macicy radzi, odświeżając myśl Saengera, a właściwie Frank-Beaucampa, robić sztuczne wynicowanie macicy z jej konstrykcyą. Doprawdy dużo łatwiej i prościej podwiązać ją i odciąć.

Jest to drugi dział przypadków, w których sposób przez Porrę podany bezwzględnie przewyższa metodę klasyczną i te właściwie działy powinno się jedynie porównywać co do wyniku śmiertelności między oboma sposobami operowania. Reszta wskazań, które usiłowano ustanowić dla metody Porry, są to przypadki, w których nie operuje się w równych okolicznościach. Tu należą: gnilne zakażenie macicy (Klewitz, Blanc, Staude, Lohnlein), rak lub mięsak macicy (powyżsi i Hofmaier), zwężenie i zrośnięcie pochwy (powyżsi i Weydlich), oraz ciąża w jednym rogu dwurożnej macicy (Blanc). Są to wskazania, w których cięcie klasyczne nie może mieć żadnego celu i nikt innej, jak metody Porry nie obierze. Obie więc metody mają równą przynajmniej wartość, dopełniają się wzajemnie a wybór należy zostawić operującemu. Bezwzględnie używałbym metody Porry w razie potrzeby cięcia cesarskiego:

1) w osteomalacyi, aby uniknąć kastracyi osobnej;

2) w dającej się z góry obliczyć bezwładności macicy po jej wypróżnieniu. W razie nieobliczenia jej z góry, nie wahałbym się podczas operacyi dla zatrzymania krwotoku zmienić metodę;

3) w przypadkach, w których odjęcie całej macicy jest wskazane a to w celu usunięcia nowotworu albo ogniska gnilnego.

Wyłączne zachowanie dla metody Porry przypadków znacznego zwężenia lub zrośnięcia pochwy, jak chcą Klewitz, Weydlich, Blanc, Löhnlein, ciąży w jednym rożku dwurożnej macicy wedle Blanca i bezwzględnego ścieśnienia miednicy (*absolute Beckenenge*), jak sobie życzy Staude, nie uważałbym za odpowiednie. Ustanowienie tych wskazań mogło mieć jedynie na oku sprowadzenie stałej niepłodności i uniknięcie operacyj powtórnych. W takich razach należy pozostawić wybór metody operatorowi, jego ocenieniu właściwości każdego przypadku, możności lub niemożności usunięcia zboczenia innym zabiegiem operacyjnym, nareszcie jego poglądom na etykę lekarską. Gdyby całą tę grupę przypadków zachować dla metody Porry, toby cięcie klasyczne można wykonać jedynie ze wskazań względnych, co wydaje mi się niewłaściwem. Dużo więcej usprawiedliwionem byłoby stałe wywołanie niepłodności metodą Porry w przypadkach rozpaczliwej eklampsyi, w której tak zmiany chorobowe między ciążami, przebieg poprzednich ciąży i porodów, jakoteż forma groźna wystąpienia, nie dają prawdopodobieństwa, aby następne ciąże były dla matki mniej niebezpieczne.

Muszę jeszcze choć pobieżnie dotknąć pytania, kiedy należy wykonać cięcie cesarskie, naturalnie w przypadku, w którym rozstrzygnięcie tego zależy od operującego. Tu należy w całości przyjąć zdanie Leopolda, że najstosowniejszym czasem do operacyi wedle obu metod jest początek porodu, wobec zupełnie niezakażonej macicy z dodatkiem Kellyego, ile możności przed odpływem wód płodowych, co zresztą i tak się wydarza w prawidłowym przebiegu porodu. Warunek podany przez H. Trauba aby operować, kiedy są dobre skurcze macicy, nie zawsze jest możebnym a może być nawet szkodliwym, jak to już wykazałem, odwołując się na swój drugi przypadek. Harris radzi także operować podczas ciąży. Jest to u zwolennika metody Porry naturalnem, bo przy tej metodzie nie widzę koniecznego powodu wyczekiwania porodu, jakkolwiek sam to uczyniłem.

Teraz przystępuję do opisu swoich trzech przypadków. Wszystkie skończyły się wyzdrowieniem matek, które z żywemi i rozwiniętemi dziećmi opuściły klinikę. Wyniku tego nie przypisuję wcale technice operacyjnej, tylko jedynie znakomitej asystencyi, jaką miałem podczas operacyi i bardzo starannemu pielęgnowaniu chorych w czasie pooperacyjnym i dlatego twierdzę, że operacya cięcia cesarskiego nie jest trudną, jeśli się ją robi w takich okolicznościach. Nawet umieszczenie moich operowanych nie odpowiadało wymaganiom dzisiejszym. Musiałem częściowo operować i umieszczać chore w oddziale cudzym, lub w pokoju na prędce przygotowanym, bo umieszczenie mojej kliniki nie zezwalało na inne wyjście.

I. Bine T., lat 37, izraelitka, żona wyrobnika z Jezupola, przybyła do kliniki dnia 11. maja 1891., o godzinie 9. rano. Pierwsza regularność w 15. roku życia, zawsze dotąd prawidłowa, ciąża 6. Kiedy ustała regularność, nie wie. Pierwsze 2 porody prawidłowe, następne 3 ciężkie i to każdy następny cięższy od poprzedniego. Wszystkie 3 ukończone sztuką, dzieci nieżywe. Od kilku lat cierpi osłabienie fizyczne i mocne bóle w kościach nóg, miednicy i kręgach klatki piersiowej. Bóle podczas ciąży mocniejsze, po porodzie słabną. W ciąży 5. chód był już długi czas niemożebny a obecnie zaledwo się porusza. Długość ciała 140 cm. Odżywienie nędzne, mięśnie wychudłe; ciepłota prawidłowa, tętno 100 na minutę. Kości żeber, kończyn dolnych i miednicy za dotykaniem bardzo bolesne. Stos kręgowy w części lędźwiowej okazuje znaczne wygięcie ku przodowi (*lordosis*). Kość krzyżowa sterczy mocno ku tyłowi, prawie pod kątem prostym, z kręgami lędźwiowemi spojona. Miednica mocno pochylona, brzuch bardzo obwisły, kończyny dolne ustawione w addukcyi, z rotacyą na zewnątrz. Utrzy-

[1]) Centrbl. f. schweizer. Aerzte. 21. 1891.
[2]) Centrbl. f. Gynaek. 8. 1892.
[3]) Archiv. f. Gynaek. XXXV. 3. H.

muje tułów na nogach chwiejnie, chód niepewny. Macica dnem 8 cm. powyżej pępka, wyraźnie się obkurcza. Główka płodu ruchoma nad spojeniem łonowem, ustawienie czaszkowe I. ruchome, tętno płodu wyraźne. Od 12 godzin słabe bóle. Badanie wewnętrzne wykazuje spojenie łonowe w kształcie dzióba. Kości łuku łonowego tak do siebie zbliżone, że z trudnością palec badający i z oporem tylko przepuszczają. Pochwa wydłużona, część pochwowa macicy przedstawia rąbek rozpulchniony, ujście zewn. macicy bardzo wysoko, przepuszcza koniec palca, którego do główki nie dopuszcza ścieśniony łuk łonowy. Kość krzyżowa płaska, ku tyłowi odchylona, jej wzgórek mocno do wchodu miednicy wciśnięty.

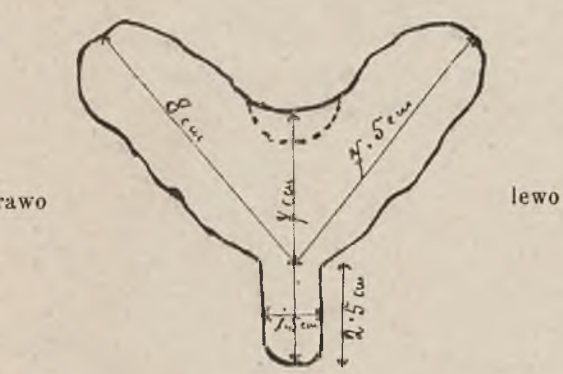
Wymiary miednicy: *diamtr. interspin. 19 cm., intercrist. 25, intertroch. 23 cm., Conj. extr. 16 5 cm., diagonal. 7*, wysokość spoj. łon. 5½ cm.

Odległość gałęzi łuku łonowego od siebie 1·5 cm.

Odległość dolnego brzegu spojenia łonowego od guza siedzeniowego po obu stronach 7 cm.

Rozpoznanie: Rodząca z poł. czaszkowem I. ruchomem obok miednicy osteomalatycznej, w największym stopniu ścieśnionej, bezwzględne wskazanie do cięcia cesarskiego.

Kształt wchodu miednicy — wymiary w połowie naturalnej wielkości.



Około 12. w południe wyraźne skurcze macicy w odstępach długich, słabe. Kąpiel. Około 4. po poł. sączy się woda płodowa, o 6. operacya. Ułożenie chorej na stole operacyjnym po poprzedniem wypróżnieniu jelita odchodowego i pęcherza; dokładne oczyszczenie pola operacyjnego sublimatem 1‰. Cięcie w linii środkowej 15 cm. długie, mało naczyń krwawiących, cięcie otrzewnej, rozszerzenie jej nożyczkami zgiętemi po palcach ku dołowi. Sieć i jelita utrzymane w jamie brzusznej ciepłemi kompresami sublimatowemi. Wydobycie macicy przed powłoki brzuszne, zaciśnięcie rękami asystenta, cięcie w dnie jej aż do błon jaja płodow.; rozszerzenie rany nożyczkami ku dołowi, łatwe wydobycie za nogi płodu, słabo omdlałego, zaraz docuconego, odpępnienie, szybkie odklejenie łożyska, wydobycie popłodu. Macica wyczyszczona gazą jodoformową, obkurcza się dostatecznie, krwawienie nieznaczne. Założyłem głębokie szwy węzełkowe, daleko od brzegu rany, bez ujęcia błony doczesnej, przez otrzewną, między temi płytkie węzełkowe, z których dwa przy ściąganiu przedarły nader kruchy żółtawy miąższ macicy tak, że nowe musiałem założyć. Macica po zupełnem uwolnieniu od zaciśnięcia nie krwawi. Szew ciągły jedwabiem, łączący oba brzegi naciągniętej otrzewnej, pokrył ranę jej miąższu (*sero-seroese Nath).* Oczyściwszy ranę dokładnie, podwiązałem partyami *perimetrium* około jajników po jednej i drugiej stronie i odjąłem oba przypiekadłem Paquelina. Oczyszczenie jamy brzusznej wodą borową 3%, żadnego krwawienia, zatopiłem macicę w jamie. Na powłoki brzuszne 4 głębokie szwy tamponikowe bez ujęcia otrzewnej i szew kuśnierski. Opaska uciskowa zwykła. Operacya trwała 45 minut. Dziecko płci żeńskiej 2100 grm., 50 cm. długie. Obwód główki 32 cm. Wymiar prosty 10·5 cm., poprzeczny 8·5, ukośny 11·25. Łożysko 500 grm., 18 cm. długie, 17 cm. szerokie, pępowina chuda, długa na 42 cm.

Chora po obudzeniu się spokojna, przeniesiona, dostała lód z winem. W nocy 8 razy wymioty, makowiec.

12. mają rano tętno pełne 130, ciepłota 37·2, wieczór 38, ciągłe wymioty; wino tokajskie, makowiec, odprowadzenie moczu.

13. spała w nocy, tęt. 130, ciepł. 36·7, wiecz. 38·2, po południu 2 razy wymioty, odchody prawidłowe.

14. bóle w kończynach dolnych ustały, w żebrach zmalały, bez wymiotów, ciepł. w. 38·5, rosół.

15. ciepł. 37·8, w. 38·5, odbijanie.

16 tak samo, raz wymioty.

17. dwa stolce w nocy, po poł. znów 2; ciepł. rano 37·8, wiecz. 38, tęt. 130.

18., 19. ciepłota jak wyżej, stolec, stan dobry. Wyjęto szwy głębokie, z otworów tychże sączy się ropa. Odchody połogowe także ropne. Stłumienie w okolicy prawego jajnika.

20. Poniżej pępka szwy na długości 3 cm. puściły, z otworu wydziela się ropa, ropień między powłokami brzusznemi, wytamponowany gazą jodoformową. Ciepł. rano 37, w. 38, silne wymioty.

25. dren do jamy ropnej, wymioty.

26. ciepł. rano 38·4, w. 38·4. Przez dren sączy się wydzielina cuchnąca. Wyjęcie drenu, wprowadzenie gazy jodoformowej.

27. wymioty. Z przyczyny braku stolca lawatywa bez skutku, bez gorączki.

29. stan bezgorączkowy, brak stolca, czasami wymioty.

30. t. j. 19 dzień po operacyi ciepłota prawidłowa, dla braku stolca lawatywa wywołała wymioty, olej rącznikowy zrzuciła, o g. 7. wieczór kalomel 0·10; o g. 8¾ wieczór nagle bezprzytomność, poty zimne, zapad, czkawka, wejrzenie umierającej, oddech atoli równy, tętno 120 pełne, uderza regularnie. Eter podskórnie, gorące okłady. Dopiero koło 4. rano polepszenie.

31. osłabienie, przytomność zupełna, w ciągu dnia 2 stolce, raz wymioty. Ciepłota w. 37·5. Z otworu ropnia obfita wydzielina, zgłębnik wykazuje przewód w kierunku jajnika prawego.

Od 2. czerwca stan całkiem dobry. Stłumienie w okolicy jajnika prawego ustąpiło. Jama ropnia i kanału zatokowego codziennie maleje. Żąda pożywienia, które znosi, i widocznie przybiera ciała. Z ropnia od czasu do czasu wychodzą nitki. W takim stanie dla odżywienia trzymałem chorą cały miesiąc. 7. lipca przetoka prawie zagojona. 1. sierpnia kąpiel, 11. sierpnia opuszcza klinikę zdrowa, z dzieckiem dobrze odżywionem. Przypady zmiękczenia kości (osteomalacyi) ustały zupełnie.

Cały przebieg gojenia był przewlekły, jakkolwiek już 2. czerwca t. j. 23 dni po operacyi chora mogła wygodnie opuścić klinikę. Chciałem ją i dziecko odżywić, co było w domu niemożebnem. Jako powikłanie wystąpił ropień pod pępkiem, bez wątpienia komunikujący z raną odciętego jajnika prawego. Ztamtąd wyszło ograniczone zapalenie otrzewnej i ztamtąd odchodziły nitki szwów. Jako niezwykłe i jasno nie wytłómaczone zjawisko, wystąpił w 19. dniu po operacyi, bez przyczyny zapad nagły, bez żadnych objawów krwotoku wewnętrznego, który dalszy przebieg stanowczo wyklucza. Ten przypadek kwalifikował się lepiej do metody Porry. (Dok. nast.)

III. O omamach i złudzeniach.

Odczyt

Dra Władysława Kohlbergera

na posiedzeniu naukowem sekcyi lwowskiej Towarzystwa lekarzy galicyjskich w dniu 7. kwietnia 1893 r.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 43.)

Można sobie wyobrazić, że w ośrodkach zmysłowych korowych ustalone są obrazy zmysłowe podobnie, jak ustala się obrazy różnych przedmiotów na płytach fotograficznych,

lub różne dźwięki i tony na fonografie. Te ustalone obrazy może umysł odtwarzać w każdej chwili i to albo w całości, albo częściowo i tworzyć sobie z nich różne kombinacye a nawet wytwarzać nowe obrazy, złożone z części tych dawniejszych, ustalonych obrazów. Takie obrazy, wytworzone wyłącznie za pośrednictwem wyobraźni, nie mają jednak nigdy dostatecznej siły i wyrazistości zmysłowej i dlatego umysł potrafi je odróżnić od rzeczywistych obrazów zmysłowych. Te obrazy wyobraźni możnaby porównać z obrazami zamglonemi lub zdala pochodzącemi i dlatego niewyraźnemi a ten brak wyrazistości może pochodzić ztąd, że przy pracy czysto duchowej następuje przekrwienie czynnościowe w zakresie znacznej części kory mózgowej, które przeto nie może być tak silne, jak przy czynności czysto zmysłowej, która ogranicza się zawsze tylko do b. małego miejsca w korze mózgowej. Przypominając sobie cokolwiek, musimy sobie przedstawić cały szereg dawnych obrazów ustalonych w różnym czasie, o śladach często zatartych i barwach spłowiałych i dlatego takie obrazy zmysłowe muszą być pozbawione siły i wyrazistości właściwej tylko całkiem świeżym obrazom.

We śnie, t. j. w czasie, gdy spoczywają komórki kory mózgowej, służące do czynności czysto duchowej, następuje niedokrewność całej kory mózgowej a natomiast występuje przekrwienie ośrodków zmysłowych podkorowych, które dlatego stają się bardzo czułemi na wszelkie zadrażnienia. Wskutek tego łatwo powstać mogą obrazy zmysłowe mające cechę i wyrazistość rzeczywistych obrazów zmysłowych; a ponieważ one pochodzą od zadrażnienia ośrodków podkorowych t. j. od obwodu, więc rzucone zostaną na zewnątrz, jak się to zawsze dzieje z rzeczywistemi obrazami zmysłowemi.

Obrazy zmysłowe wyobraźni dla braku swej wyrazistości, która pochodzi z braku równoczesnego podrażnienia odpowiednich ośrodków zmysłowych podkorowych, nie bywają rzucane na zewnątrz i dlatego mówimy, że je mamy w głowie. Jeżeli wyjątkowo zdarzyć się może, że niektórzy rzeźbiarze i malarze potrafią obrazy, wytworzone w wyobraźni, rzucić w przestrzeń i nadać im siłę i wyrazistość rzeczywistych obrazów zmysłowych, to dzieje się to mojem zdaniem dlatego, że ci ludzie w owym czasie zupełnie niczem innem się nie zajmują i zupełnie na nic nie zwracają uwagi, oprócz na owe obrazy wyobraźnią wytworzone. Możnaby powiedzieć, że ludzie ci są w tym czasie w stanie sennym a przynajmniej półsennym. W czasie takiego stanu części kory mózgowej służące do czynności czysto duchowej są w uśpieniu a więc niedokrewne; przekrwione zaś są głównie te części kory mózgowej wraz z odpowiedniemi ośrodkami podkorowemi, w których jest wytworzony dany obraz.

Obrazy takie mają zatem podobieństwo do obrazów sennych, a różnią się od nich tem tylko, że są dowolnie i świadomie wytworzone. Ponieważ zaś wyjątkowo mogą być nawet rzucone w przestrzeń świata zewnętrznego, więc mają zupełne podobieństwo do rzeczywistych omamów zmysłowych a ponieważ są wytworzone drogą psychiczną, otrzymały przez Baillargera nazwę omamów psychicznych czyli duchowych. Ten sposób powstawania omamów przemawiałby pozornie za zdaniem wyznawców teoryi duchowej, że omamy zmysłowe przychodzą do skutku drogą wprost przeciwną, niż prawidłowe rzeczywiste obrazy zmysłowe t. j. od ośrodka korowego ku obwodowi. Powstawanie ich można sobie jednak tłómaczyć także w inny sposób, prawdopodobniejszy i naturalniejszy.

Wiadomo wszystkim, że im częściej i dłużej pewne przedmioty na zmysły nasze działają, tem stają się ich obrazy wyrazistszemi i dokładniejszemi i tem łatwiej i wybitniej dają się odtworzyć w pamięci. Na tej podstawie uczymy się różnych rzeczy na pamięć do tego stopnia, że je możemy, jak pacierz powtarzać nawet bezmyślnie, a często i mimowolnie.

Słabe nawet zadrażnienia mogą bardzo łatwo pobudzić do czynności właściwe drogi zmysłowe. Jeżeli drogi te staną się skutkiem jakichś wpływów nadmiernie czułemi, w takim razie zadrażnienie to wystąpi tem łatwiej. Szum wiatru np. może sprawić, iż wymówione wyrazy zostaną usłyszane, niewyraźny przedmiot w polu widzenia może być przyczyną obrazu przedmiotu, który najbardziej w danej chwili zajmuje wyobraźnię naszą i t. p. Krótko mówiąc przeczulica organów zmysłowych może sprowadzić bardzo łatwo złudzenia zmysłowe. Jeżeli na takie nadczułe narządy zmysłowe działać będą jakieś podniety niewłaściwe w samym ustroju powstałe, lub sztucznie wywołane, wytworzą się omamy zmysłowe złudzeniowe a nawet i rzeczywiste. Nie dziw więc, że treścią omamów zmysłowych bywają zazwyczaj przedmioty zmysłowe, najczęściej w wyobraźni się powtarzające. Obrazy te będą się tworzyły automatycznie tak, jak dużo ruchów naszych staje się z czasem automatycznemi dlatego tylko, że się ciągle w ten sam sposób powtarzają.

Tu należy bezwiedne często nakręcanie zegarka o pewnym czasie, zamykanie mieszkania za wyjściem i t. p. czynności, o których często nawet nie wiemy, czyśmy je wykonali, czy nie. Najwięcej podobieństwa ze stanem chorobowym, jaki okazuje się przy występowaniu złudzeń i omamów zmysłowych, widzimy we śnie. Sen może być zupełny albo częściowy; w pierwszym razie spoczywają wszystkie części służące do dowolnego życia organizmu, tylko życie automatyczne, t. j. życie roślinne, czyli wegetacyjne utrzymuje się jeszcze. W drugim razie spoczywa tylko kora mózgowa, gdy ośrodki podkorowe już wypoczęły a nawet znajdują się w stanie podwyższonej drażliwości t. j. w przeczulicy (*hyperaesthesis*). Tylko bardzo silne wrażenia zmysłowe mogą działać na ustrój uśpiony zupełnie i pobudzić go do obudzenia się i do wykonywania czynności odpowiednich.

W czasie snu niezupełnego działają na ustrój już bardzo słabe podniety zmysłowe, nieco silniejsze z nich budzą organizm zupełnie, słabsze natomiast pobudzają do czynności tylko odpowiednie ośrodki zmysłowe, zostawiając cały zresztą ustrój w dalszym spoczynku. Czynność zmysłowa we śnie ogranicza się jednak tylko do odtwarzania dawnych obrazów zmysłowych, ustalonych w korze mózgowej. Ponieważ odtwarzanie to następuje nie skutkiem działania pracy duchowej a więc nie ma źródła swego w pierwotnem zadrażnieniu ośrodków korowych, lecz pochodzi od zadrażnienia ośrodków podkorowych, zdawać się nam będzie, że odpowiednie obrazy zmysłowe pochodzą od przedmiotów świata zewnętrznego i będą dlatego rzucane w świat zewnętrzny.

To, co się nam śni, może polegać na tej samej podstawie, co powstanie złudzeń i omamów zmysłowych. Jeżeli w czasie snu naszego ktoś z otoczenia zapali świecę, może ten blask wywołać obraz senny pożaru; jeżeli kto koło nas szepcze, lub robi jakikolwiek inny szelest, może powstać z tego powodu obraz senny wojny lub jarmarku i t. p. Je-

żeli nas kto dotyka, może to wywołać obraz senny napadu na naszą osobę przez rabusiów i t. p.

Wspomiane obrazy senne będą miały źródło swe w podnietach rzeczywistych t. j. właściwych świata zewnętrznego; będą to więc złudzenia senne.

Obrazy takie powstać mogą jednakże i bez podniet zewnętrznych skutkiem działania jakichś, nieznanych nam jeszcze dokładnie, podniet czysto wewnętrznych, powstałych w samym ustroju a działających gdziekolwiek w drodze przewodnictwa zmysłów, począwszy od obwodowych aż do podkorowych ich zakończeń włącznie; będą więc miały źródło swe w działaniu podniet niewłaściwych. Takie obrazy senne możnaby nazwać omamami sennemi, a tworzyć się one będą zupełnie na tej samej podstawie, co rzeczywiste omamy zmysłowe. Bardzo rzadko obrazy senne tworzą się skutkiem pierwotnego zadrażnienia kory mózgowej, gdyż ta we śnie zawsze prawie spoczywa i pobudzaną jest do czynności tylko o tyle, o ile obwodowe części narządów zmysłowych a szczególnie ich ośrodki podkorowe, zniewalają ją do tego.

Że omamy nie przychodzą do skutku przez podwyższenie czynności wyobraźni, dowodzą wedle Hagena następujące spostrzeżenia.

1) Omamy przedstawiać się mogą niekoniecznie w formie wyraźnych obrazów zmysłowych t. j. wyobrażeń, ale także w formie niewyraźnego tylko poczucia zmysłowego, jak np. w postaci punktów, gwiazd, iskier, plam świetlnych lub barwnych, pasów, pręg i obłoków, albo też niewyraźnego szmeru, szelestu, brzęku, dzwonienia, syczenia, szeptania i t. p. Podobne niewyraźne poczucia zmysłowe tyczyć się mogą także innych zmysłów a szczególnie czucia podmiotowego i dają powód do różnego rodzaju błędnych wyobrażeń. Omamy te nazywa Hagen omamami nieokreślonemi lub niewyraźnemi.

2) Tak wyraźne jak i niewyraźne omamy zmysłowe pojawiać się mogą w zmysłach parzystych jednostronnie tylko, np. na jednem oku, jednem uchu i t. p.

3) Obrazy omamowe okazują często różne ruchy, chociaż wyobraźnia nie jest skłonną do takiego przestawiania rzeczy np., ruch gwiazd, domów i t. p.

4) Znane są omamy wzrokowe, które znikały po zamknięciu powiek, albo po przyćmieniu pokoju. Gdyby omamy te miały swe źródło w samej tylko wyobraźni, musiałyby raczej zwiększać się, niż znikać w tych okolicznościach. W przeważnej liczbie przypadków widzimy istotnie większe nasilenie się omamowe o zmroku i w samotności a więc w czasie, gdy przedmioty zewnętrzne mniej na nasze zmysły działają; pochodzi to jednak nie z tego powodu, że w tym czasie wyobraźnia nasza jest bardziej czynną, ale ztąd, że w braku działania właściwych bodźców zmysłowych potęguje się działanie niewłaściwych.

5) Jeżeli omamy zmysłowe okazują się także po zniszczeniu obwodowych części narządów zmysłowych, to z tego nie wynika jeszcze, że pochodzą one z działania wyobraźni; zdania tego możnaby dowieść wtedy tylko, gdyby udowodniono obecność omamów zmysłowych, mimo zniszczenia ośrodków podkorowych odpowiednich zmysłów.

Natomiast uczy doświadczenie (*Graefe Ophthalmologische Mittheilungen Berl. med. Wochenschrift 1867. Nr. 31.*), że silne i częste omamy wzrokowe, wywołane chorobą gałki ocznej, ustąpiły zupełnie po jej wyłuszczeniu.

6) Gdyby wyobraźnia stanowiła wyłączne źródło omamów zmysłowych, musiałyby one być bardzo częstem zjawiskiem, a tymczasem nie okazują się one prawie nigdy u osób zupełnie zdrowych. Porównywając z omamami różne podobne stany, kończy Hagen temi słowy:

Po uchyleniu wszystkich możliwych zamięszań należy rozumieć przez wyraz omamy podmiotowe spostrzeganie istotnych obrazów zmysłowych, (do czego wliczyć należy także tony, wyrazy i różne wrażenia czuciowe) obok równoczesnego i równie wybitnego odczuwania rzeczywistych t. j. przedmiotowych wrażeń zmysłowych. Częstość pojawiania się omamów zmniejszy się znacznie, gdy się trzymać będziemy tego pojęcia w ocenieniu rzeczy a ponieważ w tej sprawie postępuję sobie w każdym z osobna przypadku zawsze z wielką oględnością i niedowierzaniem, przeto nie udało mi się spostrzegać omamów tak często jak innym. Poważam się nawet pójść tak daleko, iż wypowiadając swoje własne w tym względzie przekonanie, oświadczam, że w wielu przypadkach, gdzie rozpoznano omamy, rozpoznanie to nie tylko było błędnem, ale nawet zjawisk samych nie przedstawiano dokładnie i dosyć ściśle i krytycznie.

Co do siebie, zgadzam się zupełnie na przytoczone wywody Hagena i podzielam całkowicie wszystkie jego przytoczone tu zapatrywania a opierając się na licznych własnych spostrzeżeniach, potwierdzam również i inne rzeczy, na które Hagen zwraca uwagę, a mianowicie, że często bredzenia obłąkanych, powstałe na tle urojeń, można uważać za omamy, chociaż w tym razie ani o obecności omamów, ani nawet złudzeń mowy być nie może. Często chorzy umysłowo przejmują się tak dalece swemi marzeniami i myślami, że nie wiele zwracają uwagi na rzeczywistość; rozmawiają głośno sami ze sobą, żywo gestykulują i jak artyści dramatyczni odgrywają rolę postaci wymarzonych, uważając się chwilowo za osoby istotnie działające i pewnem niezwykłem a nawet niemożliwem stanowiskiem obdarzone. Patrząc na te osoby, zdawaćby się mogło, iż one działają pod wpływem omamów zmysłowych, t. j. widzą, względnie słyszą istotnie osoby, z któremi tak żywo kłócą się i sprzeczają lub rozmawiają albo też oddają im pokłony pozdrowienia, względnie wydają różne rozkazy i t. p. Często postępują chorzy w ten sposób wtedy tylko, gdy im się zdaje, że nikt ich nie widzi i nikt na nich uwagi nie zwraca a powstrzymują się w swych czynnościach na widok lekarza i innych osób. Dzieje się to zazwyczaj tylko w początku lub nie tak bardzo w rozwiniętym stopniu choroby; później wcale już nad sobą panować nie mogą. Zapytani jednak, z kim rozmawiają i kogo przed sobą widzą, odpowiadają, że nie widzą nikogo obcego i rozmawiają sami ze sobą. Osoby drażliwe, gniewne i porywcze postępują w ten sposób nieraz w stanie zdrowia umysłowego, zwłaszcza jeżeli nie są dobrze wychowane i wykształcone i ulegają łatwo chwilowemu uniesieniu się. Widzimy je często głośno rozmawiające, żywo gestykulujące, krzyczące i przeklinające a nawet wykonywające ruchy, jakby kogoś biły i uderzające istotnie kijem lub czemś podobnem po różnych przedmiotach. W takich przypadkach wyobraźnia wzburzona do wysokiego stopnia przedstawia sobie w myśli tak żywo przedmioty, będące przyczyną uniesienia się, że osoby takie nie pomne na rzeczywistość wstawiają się w położenie urojone i działają stósownie do tego, przedstawiając się pozornie jako osoby działające pod wpływem omamów zmy-

słowych. Osoby takie poddają się w ten sposób swym myślom i wyobraźni najczęściej wtedy tylko, gdy są same, lub sądzą, że nikt ich nie widzi a gdy ktoś przypadkowo zapyta się ich, co robią, odpowiadają wymijająco lub umyślnie mówią, że coś im się przywidziało, lub że ulegli złudzeniu, chociaż w rzeczywistości tak nie jest. U umysłowo chorych spotykamy się nierównie częściej z takiemi wykrętami, które mogą dać czasem powód do przypuszczenia, że w danym przypadku mamy istotnie do czynienia ze złudzeniami, lub omamami zmysłowemi.

Hagen zwraca także uwagę na tę okoliczność, że często uważa się za złudzenia lub omamy zmysłowe' tak zwane złudzenia pamięciowe. W takich razach opowiadają osoby, o których mowa, o swoich snach, a nawet o tem, co kiedyś słyszały, lub czytały, lub o czem myślały tylko i marzyły tak żywo, obrazowo i szczegółowo, jakby to istotnie przeżyły, a niekiedy zapewniają nawet, że to, o czem opowiadają, istotnie się stało w ich oczach, t. j. że opowiadane rzeczy istotnie widziały i słyszały t. j. rzeczywiście własnemi zmysłami spostrzegały.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

IV. O badaniu niezborności wzroku (astygmatyzmu).

Wykład habilitacyjny

Dra Franciszka Sroczyńskiego,
b. I. asystenta klin. okul. Uniw. Jag.

(Dok. Patrz Nr. 45.)

Najszersze zastósowanie w praktyce znajduje inny sposób badania podmiotowego, polegający na stwierdzeniu poprawy wzroku przez szkła walcowate. Szkła te, jak wiadomo, będąc odcinkami płaszczyzny wklęsło lub wypukło walcowatej, łamią światło tylko w jednym kierunku, t. j. w kierunku do osi walca prostopadłym. Przekonawszy się w poprzód, że szkła sferyczne wcale wzroku nie poprawiają, lub tylko częściowo, dokładamy, poczynając od najsłabszych, szkła walcowate wklęsłe lub wypukłe, kręcąc osią szkła dopóty, dopóki nie uzyskamy jak największej poprawy wzroku. Kątomierz na oprawie okularowej podaje nam zarazem ściśle kierunek osi walca. W ten sposób jedną i tą samą metodą uzyskujemy często odpowiedź na wszystkie pytania, tak co do obecności astygmatyzmu, jak i co do kierunku głównych południków, refrakcyi w ich zakresie, jak wreszcie co do stopnia niezborności. Zalety te jednak równoważą się, co najmniej w połowie, niedogodnościami metody. Pomijając już nieproporcyonalny nakład pracy w tej czysto empirycznej metodzie, trzeba powiedzieć, że zdać się tu musimy ze wszystkiem na łaskę i niełaskę inteligencyi pacyenta, często zaś i na złą wolę ze strony symulantów, którym zależeć może na przesadzaniu. W dodatku nawet pod warunkiem dodatniego wyniku badania, nie możemy być nigdy pewni, że szkła znalezione odpowiadają rzeczywiście refrakcyi badanego. Jeżeli, jak to bywa, mamy do czynienia z osobami młodemi, o sporym zasobie akomodacyi, znajdziemy nierzadko, że walec wklęsły wzrok poprawia tam, gdzie w rzeczywistości jest *astigmatismus hypermetropicus*. Przyczyną tego na pozór paradoksalnego zjawiska jest instynktowny kurcz akomodacyi, za pomocą którego oczy niezborne dążąc do wyrównania nadmiarowości (hipermetropii) w południku słabiej światło łamiącym, sprowadzają nieświadomie wzrok krótki w południku prostopadłym o lepszej łamliwości. Na dowód tego znajdziemy, że po porażeniu akomodacyi atropiną odkryje się nierzadko hipermetropią w obu południkach, gdy badanie podmiotowe wykazywało przedtem wzrok krótki. Takie właśnie przypadki zgłaszają się najczęściej do okulisty, przebiegają bowiem wśród najprzykrzejszych objawów niedomogi akomodacyjnej.

Ten sam zarzut tyczy się modyfikacyi tej metody, polegającej na użyciu soczewki Stokesa, t. j. kombinacyi 2 mocnych soczewek walcowatych, wklęsłej i wypukłej, które, kręcone stopniowo około osi optycznej dają kolejno całą seryę szkieł cylindrycznie działających. Upraszcza to i skraca znacznie badanie, nie usuwa jednak głównego złego, t. j. kurczu akomodacyi a w dodatku dozwala jedynie rozpoznać stopień astygmatyzmu, nie przesądzając nic jeszcze o refrakcyi w głównych południkach.

Chcąc uniknąć zatem tych fatalnych pod względem praktycznych pomyłek, należałoby we wszystkich prawie podmiotowych sposobach badania, przynajmniej u osób młodych, badać nie tylko w stanie zwykłym, ale także po porażeniu akomodacyi atropiną. Na użycie środka tego jednak nie zawsze godzą się pacyenci, znaczy to bowiem kilkudniową utratę zdolności do pracy.

Krótki ten przegląd podmiotowych metod badania pouczył nas, że wszystkie one szwankują pod niejednym względem, głównie zaś dlatego, że czynią nas niewolnikami nie zawsze ścisłych podań badanego, co ważniejsza jednak, że narażają na błędy zależne od skurczu akomodacyi.

Z tych przeto powodów nabierają niezmiernej ważności metody przedmiotowe, któreby nam dozwoliły niezależnie od podań badanych dochodzić do pewnych wyników. Tu otwierają nam się dwie drogi: 1) albo zwracamy uwagę na przyczynę astygmatyzmu, t. j. na różnicę w krzywiźnie środków łamiących lub też 2) badamy przedmiotowo następstwa optyczne astygmatyzmu za pomocą wziernika.

Ponieważ najczęstszą przyczyną astygmatyzmu regularnego jest asymetrya rogówki i to zazwyczaj z większą krzywizną w południku pionowym, z mniejszą w poziomym, przeto w tych przynajmniej przypadkach wystarczy oznaczenie ognisk dla głównych południków rogówki, z nich zaś, traktując oko jako złożone z tej jednej tylko powierzchni łamiącej, obliczyć wartość dyoptryczną oka dla głównych południków i powiedzieć np.: Łamliwość dla południka pionowego $= 50$ D., dla poziomego $= 48$ D., z tego różnica, czyli astygmatyzm $= 2$ D. Krzywiznę rogówki oznaczyć możemy za pomocą t. z. oftalmometrów, z których jeden, jak oftalmometr Javala podaje nawet wprost gotowy stopień astygmatyzmu.

Jak widzieliśmy, rezultat badania tego jest o tyle jednostronny, że poucza nas tylko o stopniu astygmatyzmu, nie podaje nam jednak jeszcze refrakcyi w głównych południkach. Nadto jednostronność metody tej wystąpi jeszcze bardziej, jeżeli uwzględnimy, że jakkolwiek najczęstszą przyczyną astygmatyzmu jest asymetrya rogówki, to i soczewka w pewnych przynajmniej przypadkach odgrywa tu niepomierną rolę, tę zaś zaniedbuje zupełnie wspomniana metoda. Badanie zatem oftalmometrem, albo uproszczeniem tych przyrządów, astygmometrem, może co najwięcej służyć jako dopełnienie innych, ale nigdy jako samoistna metoda.

Jeżeli chodzi o szybkie zoryentowanie się, czy mamy do czynienia z astygmatyzmem rogówkowym i jaki jest

w przybliżeniu kierunek głównych południków, możemy z korzyścią użyć keratoskopu Dr. Placidy. Tutaj lekarz, widząc odbicie się kół współśrodkowych keratoskopu w postaci elips na rogówce, otrzymuje cenną wskazówkę o asymetryi rogówki; wie więc z góry, że rozchodzi się o astygmatyzm. Naturalnie zarzuty odnoszące się do wniosków z krzywizny rogówki w ogólności mają tu jeszcze większe znaczenie, do czego jeszcze nadto dołącza się okoliczność, że wskazówki tu otrzymane mają tylko wartość przybliżoną, opartą na prostej ocenie wymiarów na oko. Uwzględniając, że astygmatyzm zależeć może nie tylko od rogówki, ale i od soczewki; że w pewnych przypadkach asymetrya obu części łamiących światło do pewnego stopnia się wyrównywa, w innych sumuje, że wreszcie w rzadszych razach wyłącznie sama soczewka jest przyczyną niezborności, musimy z konieczności uznać taką metodę za ogólną dla wszystkich przypadków, któraby uwzględniała ostateczny rezultat przyrządu łamiącego światło, astygmatyzm wypadkowy. Badanie wziernikowe, dozwalające nam widzieć szczegóły dna oka, widziane przez cały system dyoptryczny oka, powinno być taką metodą.

Jakoż rzeczywiście już w pierwszych dziesiątkach lat ery wziernikowej zwrócił Knapp (1861) uwagę na zjeździe Heidelberskim, że z porównania kształtu tarczy n. wzr. w obrazie prostym i odwrotnym można rozpoznać obecność astygmatyzmu. Jak wiadomo, między powiększeniem obrazu prostego a odwrotnego zachodzi w odniesieniu do różnych stanów refrakcyi stosunek odwrotny. I tak powiększenie obrazu prostego jest większe w oku krótkowidzącem, niż w miarowem, w miarowem zaś większe, niż w nadmiarowem; przeciwnie obraz odwrotny powiększa szczegóły dna oka najbardziej w oku nadmiarowem, mniej w miarowem, najmniej w oku krótkowidzącem. Gdzie zatem jest niezborność, tam w obrazie prostym zobaczymy tarczę nerwu wzrokowego wydłużoną owalnie w kierunku południka większej łamliwości, w obrazie zaś odwrotnym przeciwnie — w kierunku południka słabszej łamliwości. Jeżeli więc w pierwszym przypadku tarcza przedstawi się nam, jako owal pionowy, w drugim ujrzymy ją w postaci owalu poziomego. Praktyczna doniosłość metody tej nie wielka. Można w ten sposób rozpoznać wyższe i średnie stopnie astygmatyzmu, pod warunkiem, żeśmy nb. oś soczewki w ciągu badania trzymali ściśle w osi optycznej oka. Stopnie nizkie ujdą naszej nwadze. Co najważniejsza jednak, to, że co do stopnia astygmatyzmu nie otrzymamy tu żadnej wskazówki.

Właściwe znaczenie wziernika, jako środka rozpoznawczego dla astygmatyzmu, polega na czem innem. Widzieliśmy na wstępie, że oku niezbornemu z dwóch linij do siebie prostopadłych tylko jedna wydaje się względnie wyraźną, druga zatartą. To samo odnosi się do obrazu wziernikowego, jeżeli badamy w obrazie prostym. Naczynia siatkówkowe na dnie oka niezbornego będą stósownie do kierunku swego rozmaicie ostro nam się przedstawiać. Gdy bądź gołem okiem, bądź zapomocą odpowiedniej soczewki będziemy widzieć ostro zarysy naczyń przebiegających poziomo, wówczas pionowe okażą nam się zatarte; aby i je widzieć dokładnie, musimy wziąć inną korekcyę w wzierniku. O tej okoliczności wiedziano już dawniej, teorya nie przeniknęła jednak do praktyki a nawet dzieło Dondersa o refrakcyi i akomodacyi dorywczo tylko o tem wspomina.

Przy dostatecznej biegłości w oznaczaniu refrakcyi w obrazie prostym można w ten sposób w przeciągu kilku do 10 minut oznaczyć astygmatyzm aż do jednej dyoptryi. Jeżeli nadto uwzględnimy, że podczas wziernikowania narząd akomodacyjny wolnieje, że więc w ten sposób unikamy błędów możliwych we wszystkich metodach podmiotowych, pojmiemy całą wyższość metody wziernikowej nad innemi.

Jakie pod tym względem oddaje wziernik przysługi, okażę na jednym z wielu przykładów. P. W. M., lat 16 liczący, uczeń gimnazyalny, zgłasza się o poradę z powodu krótkiego wzroku. W klasie nie dowidzi pisma na tablicy; przy czytaniu zaś już po krótkim czasie litery mu się zacierają; wreszcie z powodu bólu w głębi ócz praca dalsza staje się niemożliwą. Badanie podmiotowe wykazuje Vpr. o. i l. o. = 6/24 i Sn. 0·5 tuż przy oczach. Szkła sferyczne nie poprawiają, dopiero kombinacya sfer. + 0·75 D. ⊂ cylind. — 2·5 D, z osią poziomą podnosi bystrość wzroku na 6/12. Badając wziernikiem w obrazie prostym znalazłem obustronnie w południku poziomym nadmiarowość 4·5 D., w pionowym 2 D. W myśl tego kombinacya sfer. + 2 D. ⊃ cylind. + 2·5 D. z osią pionową daje też V = 6/12 i umożliwia zarazem czytanie Sn. 0·5 na 0·23 m. W ten sposób wytropił wziernik niezborność po prostu nadmiarową, ukrywającą się pod maską niezborności mięszanej. Tłómaczenie tej sprzeczności jest proste. Oto p. W. M. siląc się na pokrycie nadmiarowości w południku poziomym (Hp. = 4·5 D.) natężył akomodacyę na 3·75 D., w ten sposób zmniejszył ją w tym południku aż do 0·75 D., równocześnie jednak przesadził w kompensacyi nadmiarowości w południku pionowym (Hp. = 2 D), wywołując tu pozorną miopię 1·75 D. Ztąd to badanie podmiotowe jako najlepszą korekcyę znajdywało sfer. + 0·75 D. ⊂ cyl. — 2·5 D. Ktoby w przypadku takim poprzestawał na badaniu podmiotowem szkłami a nie porażił akomodacyi, nie tylkoby nie usunął, ale nawetby tylko zwiększył dolegliwości chorego.

Podobne usługi, jak badanie w obrazie prostym, może oddać wziernik za pomocą retinoskiaskopii; ponieważ jednak metoda ta polega na zupełnie innej zasadzie, przeto rzecz tę pozostawiamy do następnego wykładu.

V. Oceny i sprawozdania.

Przegląd terapeutyczny.

— Przypuszczając, że pewna część działania napojów wyskokowych mających tak zwany bukiet, polega na estrach a mianowicie na eterze octowym, doświadczał B. Krautwig działania miernych dawek tegoż eteru na krążenie i oddechanie. Z poszukiwań jego wypada, że eter octowy powiększa w dwójnasób a nawet i więcej obszerność (*amplitudo*) oddechową a działanie to, największe w kwadrans do półgodziny po zażyciu eteru, ustępuje tylko bardzo powoli.

Pod względem tego działania znaczna jest różnica między eterem octowym a zwykłym czyli siarczanym. Gdy działanie podniecające tamtego rośnie w miarę powiększania dawki, ten przeciwnie podnieca oddechanie, jeżeli się go użyje w dawkach małych, nie przenoszących 0·8 cm. sz.; użyty zaś już w dawce 1 cm. sz. obniża obszerność oddechową. Ztąd wypada, że użycie dawek dużych eteru zwykłego nie jest właściwe, bo dawki coraz większe, nie tylko nic podniecają oddechania, ale wprost nawet je tamują.

Eter octowy wpływa bardzo korzystnie na osłabienie ruchów oddechowych a wprowadzony do krwi nie niszczy

jej krążków i w dawkach potrzebnych do działania na oddechanie nie działa szkodliwie na serce, w dodatku działa stale i przewyższa w tej mierze nawet kamforę.

Z tego wszystkiego wypada, że jako środek podniecający w postaci wstrzykiwań podskórnych eter octowy można śmiało położyć obok kamfory i że działanie jego jest o wiele korzystniejsze, niż eteru zwyczajnego. Wstrzykiwania podskórne tego środka powinny się zaczynać od 0·5 cm. sz. (*Centralblatt für klin. Med.* 17. 1893).

— Znany specyalista do chorób przewodu pokarmowego J. Boas w Berlinie utrzymuje, że we wrzodzie okrągłym żołądka prócz punktu bolesnego w dołku podsercowym jest prawie zawsze drugi punkt bolesny na grzbiecie między 10. a 12. kręgiem pacierzowym. Ból za uciskiem w tem miejscu ma dla rozpoznania wrzodu żołądka daleko większe znaczenie, niż ból w dołku podsercowym. Celem mierzenia ucisku potrzebnego do wywołania bólu wymyślił B. osobne narzędzie, algezymetr, zapomocą którego przekonał się, że w okolicznościach prawidłowych czuje się ból w dołku podsercowym dopiero pod ciśnieniem 6 do 7 kilogramów; w okolicznościach patologicznych wystarcza do wywołania bólu już ciśnienie ½ kilograma. Największa tkliwość na ciśnienie bywa we wrzodzie żołądka. Algezymetr może służyć także do przekonania się o polepszeniu; im większy ucisk chory znosi, tem stan jego lepszy.

Pod względem terapeutycznym radzi autor, osobliwie w przypadkach lekkich, azotan srebrowy (*argentum nitricum*) w dawce powiększanej stopniowo od 2 do 6 centygramów na 120 gramów wody, z czego zażywa się trzy razy dziennie po łyżce stołowej w pół kieliszku od wina Bordeaux wody na pół godziny przed jedzeniem.

— Najlepszy sposób zażywania oleju rącznikowego (*oleum ricini*) polega na tem, żeby kłócić mocno we flaszce filiżankę ciepłego mleka z łyżką stołową oleju wymienionego. Zawiesina w ten sposób otrzymana ma nie mieć ani smaku ani woni oleju rącznikowego. (*Pharm. Cntrlhalle* 27. 1893).

Notatki terapeutyczne.

Ze względu na działanie przeciwzapalne, kojące ból i wsysające ichtyolu poleca Solt w Mitawie na podstawie własnego doświadczenia środek ten w ostrem zapaleniu ucha środkowego zapisując go w następujący sposób:

136) Rp. *Ichthyoli* 1·00
Aquae destill.
Glycerini āā 7·50
MDS. Trzy razy dziennie zapuszczać do ucha.
(*Berl. klin. Wchschft. 45. 1893*).

Stein zaleca w cierpieniach przewodu słuchowego zewnętrznego, błony i jamy bębenkowej łączących się z przekrwieniem zapuszczanie do uszu płynu:

137) Rp. *Resorcini* 0·10
Cocaini muriatici 0·20—0·50
Aquae destill. 10·00
(Morph. muriatici 0·01—0·05 w razie bólu).
MS. Krople do uszu.

Płyn ten zapuszcza się oczywiście ogrzany po 2 do 4 razy dziennie i zostawia przez 5 do 15 minut w przewodzie słuchowym zewnętrznym a potem wydobywa go koniecznie przez wymaczanie watą higroskopijną.

Gdyby po niejakim czasie powstało swędzenie a nawet wyprysk, należy przed zapuszczeniem i po oddaleniu podanego powyżej płynu użyć na małżowinę i zewnętrzną część przewodu słuchowego zewnętrznego maści:

138) Rp. *Acidi borici subtilissime pulverati* 0·50
Zinci oxydati 1·00
Lanolini
Vaselini flavi puri āā 5·00
Mfungtum.
S. Zewnętrznie.

Maść ta jest oczywiście skuteczna na każdy wyprysk ucha. (*Münch. med. Wchschft. 37. 1893*).

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcya lwowska.

XII. posiedzenie z dnia 13. października 1893.

Przewodniczący kol. Schramm. — Obecnych członków 42.

1) Kol. Przewodniczący w kilku słowach wita kolegów na nowo zebranych na posiedzeniu po kilkomiesięcznej przerwie.

2) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

3) Kol. Przewodniczący zawiadamia, że magistrat udał się do Towarzystwa lek. z prośbą o wybranie dwóch członków do komisyi wodociągowej. — Na wniosek kol. Bylickiego, wybrano kol. Krokiewicza i kol. Szpilmana.

4) Kol. Chądzyński porusza sprawę zbierania składek na przeniesienie zwłok ś. p. Dra Wóycikowskiego, który pierwszy wykonał owaryotomię we Francyi, ze starego cmentarza w Dijon na nowy i umieszczenie tablicy pamiątkowej na grobie.

W sprawie tej przemawiają koll.: Bylicki, Pisek, Wernicki i Schramm. — Postanowiono przez kursora zbierać składki od lekarzy we Lwowie zamieszkałych i kwotę zebraną przesłać na ręce prof. Dra Gałęzowskiego w Paryżu.

5) Kol. Widmann przedstawia dziewczynkę siedmioletnią z wrodzoną wadą serca. Anamneza niewiadoma. Badanie wykazuje sinicę powłok i błon śluzowych, pozorne tętnienie żył szyjnych, tętno niemiarowe, małe, rozszerzenie wymiarów serca we wszystkich kierunkach a zwłaszcza w poprzecznym. Uderzenia serca widać w 4. i 5. międzyżebrzu, na wewnątrz od sutka. Wypuklenia okolicy serca nie ma. Nad komórką lewą i tętnicą główną i w tętnicach szyjnych słychać dwa tony, nad prawą komorą szmer skurczowy, który wyraźniej jeszcze słychać nad tętnicą płucną. Wolny płyn w jamie brzusznej.

W przypadku tym lekarz ordynujący przypuszczał niezarośnięcie przewodu Botalla. Nieprawidłowość ta samoistnie nadzwyczaj rzadko się wydarza i nie daje żadnych objawów klinicznych, oprócz może sinicy (i to nie zawsze). Przytem sekcya najczęściej wykazuje ubyt w tylnej części przegrody przedniej komór (Rokitansky) w postaci otworu owalnego lub półksiężycowego o brzegach gładkich, niezgrubiałych. Ubyt ten jest pierwotnym otworem dla tętnicy głównej w który tętnica główna nie weszła, albowiem przegroda przednia nie pociągnęła jej w lewą komorę. Następstwem tego jest w pierwszym rzędzie, że dwoma zgłębnikami można i z prawej i z lewej komory wejść do tętnicy głównej, czyli że tętnica główna tak samo z prawej jak z lewej komory powstaje a zatem zostaje w krew opatrywaną (*die Aorta reitet auf der Scheidewand*). Dalszem następstwem jest nierozwinięcie się należyte a zatem zwężenie stożka tętnicy płucnej lub też tętnicy płucnej samej, często połączone z niedostatecznym rozwojem zastawek (dwie zamiast trzech) tejże tętnicy.

Co się tyczy sinicy u chorych z wrodzoną wadą serca, to dawniej mniemano, że główną przyczyną sinicy jest mięszanie się krwi żylnej z tętniczą, że wystąpienie sinicy w pierwszym okresie życia jest znakiem wrodzonej wady sercowej. Morgagni uważał sinicę jako znak zastoin żylnych a Laennec zwrócił na to uwagę, że sinica występuje także w chorobach płucnych. Louis udowodnił, że warunkiem, aby żylna krew przepłynąć mogła z komory prawej do lewej, jest przeszkoda dla odpływu krwi do tętnicy płucnej a skutkiem tego zastoiny żylne w krążeniu obwodowem. Te ostatnie zatem wywołują si-

nicę, nie zaś mięszanie się krwi żylnej z tętniczą. Bouillaud przytacza jako dowód słuszności zapatrywania się Louisa przypadek opisany przez Brescheta, w którym lewa tętnica podobojczykowa wychodziła z tętnicy płucnej a w zabarwieniu ramion różnicy nie było.

W danym przypadku na podstawie istniejących objawów i częstości przypadków kol. W. rozpoznaje: zwężenie stożka tętnicy płucnej na tle zarodkowego zapalenia mięśnia sercowego (*myocarditis embryonalis*). Być może, że obok tego jest także niezarosły przewód Botalla i komunikacya pomiędzy lewą i prawą komorą przez otwór w przegrodzie. (*Przejrzane przez autora*).

Kol. Pisek ze względu na znaczny przerost całego serca i sinicy przypuszcza tylko ubyt w przegrodzie komór. Przeciwko zwężeniu tętnicy płucnej przemawia brak *frémissement cataire* i brak głośnego szmeru nad tętnicą płucną.

Kol. Widmann w odpowiedzi przytacza, że braki w przegrodzie komór jako samoistne wady nie istnieją; dlatego tej wady jako jedynej przypuszczać nie można. Za zapaleniem mięśnia sercowego przemawia: przerost serca we wszystkich częściach, tętno niemiarowe, upośledzenie krążenia i sinica. Kol W. rozpoznaje zatem: *Myocarditis congenita et stenosis coni arteriosi arteriae pulmonalis.* Innych rzeczy ponadto nie chce rozpoznawać, ponieważ rozpoznanie natrafiłoby na znaczne trudności.

6) Kol. Barącz przedstawia: *„Przypadek całkowitego wykluczenia kiszki ślepej i zastósowanie szwu płytkowego z brukwi do ileokolostomii“*. Omówiwszy przyczyny, dla których można myśleć o wykluczeniu jelita ślepego, kol. B. wspomina o doświadczeniach na psach z wykluczeniem kiszki ślepej, które przedsięwziął był Salzer. Salzer poleca na podstawie swoich doświadczeń tylko częściowe wykluczanie jelita; całkowite wykluczenie jelita radzi Salzer zarzucić z powodu możliwych owrzodzeń w wykluczonej pętli wskutek rozkładu nagromadzonego i dalej wytwarzanego kału. Podobne doświadczenia przedsiębrał niedawno w Krakowie Dr. Klecki, z tą różnicą, że wykluczal tylko mniejsze kawałki jelita, a to w celu wyświecenia kwestyi powstawania kału. Zdaniem Dr. Kleckiego wykluczenie pętli jelita nie ma przyszłości w chirurgii i da się zastąpić przez zastósowanie poprostu enteroanastomozy. Enteroanastomoza jest według niego zabiegiem łatwiejszym trwa króciej i nie sprawia niebezpieczeństw z wytwarzania się zrostów otrzewnowych.

Kol. B. opisuje następnie sposoby, jakimi jelito daje się wykluczyć. Operacyę wykluczenia jelita na osobie żyjącej wykonano dotąd trzy razy; są to przypadki Hochenegga, Franka i Eiselsberga w których przystąpiono do operacyi z powodu choroby kiszki ślepej. Hochenegg i Frank operowali w ten sposób, że oba końce wykluczonego jelita wszyli w powłoki brzuszne. Eiselsberg zaszył wprawdzie obadwa końce wykluczonego jelita, jednak wykluczony kawałek był drenowany przez wiele przetok; wykluczenie w przypadku Eiselsberga nie było więc zupełnem. Nie odważono się dotychczas zapuścić do jamy brzusznej zaszytej na obu końcach wykluczonej pętli jelitowej z przyczyny wyników doświadczeń Hermanna, z których okazało się, że wykluczona pętla wydziela nader znaczną ilość substancyi zbliżonej do kału, która mogłaby dać powód do wytworzenia się gazów i pęknięcia jelita.

Następnie kol. B. przedstawia chorego, u którego przed 2 miesiącami z dobrym dotąd skutkiem wykonał zupełne wykluczenie jelita ślepego wraz z kawałkiem jelita cienkiego i grubego wstępującego. Przypadek dotyczył 18-letniego chłopca z objawami przewlekłej niedrożności jelit i obrzękiem w okolicy kiszki ślepej. Kol. B. przypuszczał nowotwór złośliwy jelita ślepego. Przy laparotomii znalazł guz twardy w jelicie ślepem i chroniczne wgłobienie jelita cienkiego w ślepe; w obec tego przystąpił do resekcyi nowotworu wraz z jelitem biodrowem, ślepem i grubem wstępującem, mając na myśli po resekcyi wykonać ileokolostomię za pomocą płytek z brukwi. Gdy z powodu silnych zrostów i grubości krezki resekcya rozpoczęta okazała się nie do wykonania, zaszył kol. B. ślepo oba końce i pogłębił wykluczony kawałek; jelito biodrowe zaś i grube wstępujące, już przed resekcyą ślepo zaszyte, połączył ze sobą sposobem Senna, jednak przez użycie płytek z brukwi. Chory po operacyi nie gorączkował, jednak wystąpiła bardzo znaczne wzdęcie brzucha i uporczywe wymioty. Wzdęcie brzucha ustąpiło po zastósowaniu worka lodowego na brzuch, wymioty zaś po wstrzymaniu pokarmów przez usta i zastósowaniu lawatyw odżywczych. Chory ma się dotąd t. j. w 2 miesiące po operacyi zupełnie dobrze, objawy niedrożności ustąpiły trwale a guz nie daje się obecnie wcale wymacać. Prawdopodobnie rozchodziło się w tym przypadku o niedrożność sprowadzoną chroniczną inwaginacyą a guz, który wzięto za nowotwór, był tylko obrzękiem zapalnym. Gdyby wynik ostateczny był dobrym, pouczałby przypadek ten, że zupełne wykluczenie kiszki ślepej, niezgodnie z dotychczasowemi zapatrywaniami się, nie jest zabiegiem niebezpiecznym i że jest usprawiedliwionym w przypadkach podobnych do przedstawionego. Przypadek ten jest trzecim, w którym z korzyścią użyto płytek poleconych przez kol. Barącza: dwie gastroenterostomie (kol. Barącz i Dr. Heigel w Koblencyi) i ileokolostomia (kol. Barącz). Są to jedyne przypadki operowane sposobem Senna na kontynencie europejskim. Kol. B. wyraża zdziwienie, że metoda Senna tak znaczne korzyści przedstawiająca przed dawną metodą szycia kiszek nie znajduje więcej zwolenników. (*Ref. własny*).

Kol. Wehr jakkolwiek uznaje ważność i wartość przypadku przedstawionego, uważa jednakże operacyą przez kol. Barącza wykonaną za *experimentum in vivo* i nie odważyłby się powtarzać tego doświadczenia na ludziach, dopóki doświadczenia na zwierzętach nie wyjaśnią zupełnie sprawy.

Kol. Ziembicki zapytuje się, co skłonilo kol. Barącza do zeszycia i wgłębienia wykluczonej kiszki, kiedy wobec tego, że kol. B. przecinał krezkę i podwiązywał naczynia krezkowe, tembardziej można się było obawiać nekrozy kiszki.

Kol. Bylicki nawiązując do przemówienia kol. Ziembickiego sądzi, ze nekrozy jelita wykluczonego nie należało się obawiać, ponieważ kol. Barącz nie przeciął całej krezki odpowiadającej wykluczonej pętli jelita, lecz zrobił w niej tylko dwa boczne nacięcia; z przyczyny licznych anastomoz naczyń krezkowych odżywienie kiszki nie było upośledzonem, a to tembardziej, że już były liczne zlepy otrzewnowe.

Kol. Schramm uważa przypadek kol. Barącza za ostatecznie nie skończony o tyle, że obrzęk i oporność dające się, wyczuć w miejscu, gdzie leży wykluczone jelito, każe wnosić że w pętli tej znajduje się jeszcze znaczna ilość płynu; być więc może, że zajdą okoliczności zmuszające do zrobienia przetoki w tem miejscu. Do wykonania operacyi w opisany sposób mogły kol. Barącza skłonić oprócz chęci oszczędzenia choremu bardzo przykrej przetoki kałowej także wyniki doświadczeń Kleckiego, według których pies z wykluczoną pętlą jelit cienkich żył w dobrym zdrowiu przez kilka miesięcy. Obumarcia brzegów oddzielonego częściowo jelita nie było się co obawiać z powodu, że krezka była oddzielona przynajmniej na $1^1/_2$ cm. od brzegów jelita, zatem zachowana była dostateczna ilość naczyń odżywczych.

Kol. Pisek widział chorego na kilka dni przed operacyą, lecz nie zgadzał się z rozpoznaniem nowotworu. Z wywiadów dowiedział się, że cierpienie chorego trwa już od 8 miesięcy, że od tego czasu miewał nieregularne wypróżnienia, często biegunkę a czasami krwawe stolce. Brak chery pomimo 8-miesięcznego trwania cierpienia przemawiał przeciwko złośliwemu nowotworowi, kol. P. przypuszczał przeto, że guz w okolicy kiszki ślepej powstał najprawdopodobniej wskutek chronicznego wgłobienia jelita biodrowego do kiszki ślepej i przewlekłego zapalenia otrzewny w tejże okolicy.

Kol. Skałkowski sądzi, że występywanie krwawych stolców przemawia w przypadkach wątpliwych więcej na korzyść rozpoznania nowotworu złośliwego.

Kol. Pisek stanowczo sprzeciwia się przypuszczeniu nowotworu złośliwego. Guz podczas operacyi wykazany zmniejszył się widocznie tak, że go obecnie nawet wykazać nie można. Ta okoliczność, jakoteż brak chery pomimo 8 mies. trwania cierpienia wyklucza nowotwór złośliwy.

Kol. Barącz na interpelacyę kol. Ziembickiego odpowiada, że nie potrzebował się obawiać zgorzeli jelita wykluczonego z powodów już przez kol. Bylickiego podanych i ponieważ

resekcya krezki wykonana była klinowo, zatem o upośledzeniu krążenia nie było mowy. Co do sposobu wykluczenia, to zdecydował się na zupełne wykluczonie dlatego, ponieważ to postępowanie wydało mu się prostszem i nie wymagało drugiego zabiegu: usunięcia odbytu nienaturalnego.

[A nadto doświadczenie w przypadku Eiselsberga pouczyło, że zupełnie wykluczony kawałek jelita drenowany przez przetokę nie wydzielał prawie nic kału i przetoka zmniejszyła się do tego stopnia, że w chwili ogłoszenia przypadku była na zabliźnieniu. Dodatek późniejszy prelegenta).

Kol. Obtułowicz wspomina o przypadku wgłobienia, gdzie jednakowoż operatorem była natura sama. Chłopak 13-letni łażąc podczas wakacyj szkolnych po drzewach w ogrodzie, uczuł nagle ból w okolicy biodrowej prawej, zachorował obłożnie wśród parcia i wystąpienia stolców krwawych. W 2 tygodnie później dostrzeżono u niego guz w okolicy biodrowej prawej a w trzy tygodnie odszedł ze stolcem kawałek jelita na 20 cm. długi a 10 cm. szeroki, który obejmował część jelita biodrowego, całą kiszkę ślepą wraz z wyrostkiem robaczkowym i część okrężnicy wstępującej. Preparat ten uzyskany przed 12. laty przedstawił kol. O. sekcyi chirurg. na V. zjeździe lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie w r. 1888. Jednakowoż zabieg operacyjny dokonany przez naturę samą nie okazał się zbyt pomyślnym i dokładnym, albowiem chory powrócił wprawdzie do zdrowia i mógł się oddawać przechadzkom i zabawom; gdy jednak w kilka miesięcy później został przy powożeniu przez konie uniesionym i zbyt forsownie lejce ściągnął, uczuł znów ból w podżebrzu prawem; dawna blizna pękła i potworzyły się rozległe przetoki kałowe, które nieoperowane zawczasu sprowadziły po całorocznem cierpieniu śmierć chorego (*ref. własny*).

7) Koł. Obtułowicz wspomina o bardzo pomyślnym stanie zdrowotnym w powiecie lwowskim w ciągu ubiegłych miesięcy letnich, albowiem z wyjątkiem sporadycznych tylko przypadków czerwonki, duru brzusznego, odry i płonicy, nie sprawdził w żadnej ze 130 miejscowości powiatu lwowskiego groźniejszej epidemii. W roku ubiegłym czerwonka pod tę porę grasowała ogromnie w całym powiecie, a w 50 miejscowościach została urzędownie sprawdzoną. Również przypadki cholery swojskiej w roku ubiegłym często się pojawiały, gdy w roku bieżącym zaledwie gdzieniegdzie i to z przebiegiem łagodnym stwierdzono (*ref. własny*).

8) Na wniosek kol. Wehra postanowiono jednomyślnie obchód uroczysty prof. Obalińskiego z powodu otwarcia nowego pawilonu chirurgicznego w Krakowie uczcić przez wysłanie telegramu do prof. Obalińskiego.

9) Kol. Stroynowski zaprasza kolegów na zwiedzenie umieszczenia i urządzenia lwowskiego Towarzystwa ratunkowego. Na tem zakończono posiedzenie.

Sekretarz *Dr. Bory*

VII. Wiadomości bieżące.

— N. Pan zamianował Dra Stanisława Poniklę, docenta Uniw. Jagiell. i lekarza powiatowego krakowskiego, dyrektorem szpitala św. Łazarza w Krakowie.

— W myśl uchwały Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, powziętej na posiedzeniu w dniu 18. października, zapraszamy Szanownych Czytelników do przyczynienia się datkami do kosztów przeniesienia zwłok i postawienia pomnika ś. p. Dra Wóycikowskiego

Datki przyjmuje Redakcya *Przeglądu lekarskiego*.

— Zmarły niedawno, o czem w swym czasie donieśliśmy w niniejszem piśmie, profesor neapolitański Olivieri zostawił bardzo znaczny majątek zebrany głównie w rozległej praktyce chirurgicznej i testamentem przeznaczył z niego: 200000 lirów (czyli franków) dla szpitala oftalmicznego w Neapolu, 300000 lirów tudzież zbiór narzędzi chirurgicznych dla szpitala Pellegrini, którego był dyrektorem, bibliotekę własną dla schroniska dla chorych nieuleczalnych, swemu uczniowi Drowi Mottoli, który go pielęgnował w ostatniej chorobie, 100000 lirów, a resztę majątku swym krewnym i służbie.

— Znany laryngolog angielski, Lennox Brown, wyciął w narkozie migdałki 9-letniemu synowi lorda Annesleya i porachował za to dla siebie 30 gwinej czyli 600 franków, dla asystenta zaś 2 gwineje czyli 40 franków. Lordowi Annesleyowi wydał się ten rachunek za słony za operacyę, która trwała tylko 3 minuty i chciał zapłacić asystentowi żądane 2 gwineje, Lennoksowi Brownowi zaś tylko 10 gwinej. Sprawa poszła przed sąd, który orzekł, iż żądanie lekarza jest słuszne i że czas, przez który trwała operacya, nie może tu wchodzić w rachubę.

— W dniu 22. z. m. oddano w uniwersytecie moskiewskim do użytku nowy zakład fizyologiczny, którego budowa kosztowała 120000 rubli, wewnętrzne urządzenie 10000 rubli i który ma ogrzanie powietrzem, dobrą wentylacyę, światło elektryczne, gaz (głównie dla pracowni) i wodociągi.

— Urzędowe zdanie sprawy o stanie zdrowia publicznego w cesarstwie rosyjskiem w r. 1890 zawiera między innemi następujące daty:

Cała ludność Rosyi, tak europejskiej jak i azyatyckiej, wynosiła 116652510, przyrost roczny był 12·6 na 1000, mniejszy niż w latach poprzednich. Śmiertelność w Rosyi europejskiej była 34·2 na 1000, nieco większa, niż w latach poprzednich, głównie z powodu chorób zakaźnych, między niemi na czele przedewszystkiem z influency. Natomiast zmniejszyła się śmiertelność z duru osutkowego i powrotnego tudzież z ospy, co do której trzeba to przypisać szczepieniu. Jakkolwiek szczepienie w Rosyi nie jest przymusowe, zaszczepiono przecież 63% wszystkich dzieci.

Trąd powoli się wzmaga; w latach 1888. i 1889. liczono 664 a względnie 792, w roku zaś 1890. 839 trędowatych.

Choroby weneryczne a mianowicie kiła, stanowią prawdziwą plagę ludności, w niektórych okolicach przynajmniej, jak na Kaukazie i w guberniach południowych i wschodnich. Ażeby zapobiedz szerzeniu się tych chorób, chwycił się rząd środków energicznych, których skuteczność na podstawie doświadczenia w Europie zachodniej i środkowej nie ulega wątpliwości.

Jedno łóżko szpitalne przypada w Rosyi europejskiej na 1600, na Kaukazie na 12500, na Syberyi na 3000 a w Azyi środkowej na 16000 osób. W podobnym stósunku jest liczba lekarzy; i tak przypada jeden lekarz w Rosyi europejskiej na 9200, na Kaukazie na 11600 a na Syberyi na 48000 mieszkańców. Prócz tego jest jeszcze 11959 felczerów i felczerek z pewnem wykształceniem lekarskiem i czterema laty praktyki szpitalnej.

— Ze spostrzeżeń Menandona de Montyel, naczelnego lekarza zakładów publicznych dla chorych umysłowych w departamencie Sekwany, wypada, że tatuowanie skóry jest u obłąkanych rzadsze, niż u osób umysłowo zdrowych a jeszcze rzadsze, niż u zbrodniarzy. Jeżeli tatuowania dokonano dobrowolnie w wieku dojrzałości umysłowej i jeżeli choroba umysłowa wybuchająca w 20 do 30 lat po tatuowaniu ma formę odbijającą poprzednie usposobienia psychiczne, wykazać można prawie zawsze związek między znaczeniem symbolicznem obrazów tatuowanych a bredzeniem obłąkanego.

Tatuowanie znajduje się przeważnie u obłąkanych z popędami napastniczemi (*agressives*) i zbrodniczemi, zasługuje przeto na wzięcie pod uwagę w rozróżnianiu tak jeszcze niepewnem obłąkanych niebezpiecznych od nieszkodliwych (*inoffensifs*).

— **Wiadomości uniwersyteckie. Wiedeń.** Prof. nadzwyczajni Drowie Maurycy Kaposi i Izydor Neumann mianowani profesorami zwyczajnymi dermatologii i syfilidologii.

Na przewiezienie zwłok ś. p. Dra Wóycikowskiego złożył w redakcyi *Przeglądu lekarskiego* Dr. Mieczysław Kramarzyński z Dąbrowy 1 zlr.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę dnia 22. listopada b. r. o godzinie 6-tej po południu posiedzenie zwyczajne w sali Śniadeckich (*Collegium novum* I. piętro). Porządek dzienny: 1) kol. Gabryszewski przedstawi pacyenta z rozległą resekcyą klatki piersiowej; 2) kol. prof. Bujwid: Demonstracya różnych postaci przecinkowca cholery.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

NADESŁANE.

Odezwa.

Na zasadzie §. 13. ustawy z dnia 22. grudnia 1891 r. (Dz. p. p. Nr. 6 ex 1892.) Izba lekarska w Krakowie na posiedzeniu odbytem dnia 4. listopada b. r. postanowiła na pokrycie potrzeb Izby lekarskiej za II. półrocze r. 1893 opłatę w kwocie dwóch złr. w. a. przez każdego lekarza uiścić się mającą.

Zawiadamiając o tem postanowieniu wszystkich P. T. lekarzy do wykonywania praktyki lekarskiej uprawnionych a w okręgu Izby lekarskiej krakowskiej stałą siedzibę mających, w szczególności P. T. lekarzy zamieszkałych w mieście Krakowie i w 31 powiatach politycznych Galicyi zachodniej, do okręgu Izby lekarskiej krakowskiej przynależnych — wzywam Ich zarazem, aby w przeciągu dni czternastu, licząc od dnia ogłoszenia niniejszej odezwy, opłatę dwóch złr. w. a. za II. półrocze r. 1893. złożyli lub przekazem pocztowym przesłali na ręce podskarbiego Izby lekarskiej prof. Dra Józefa Łazarskiego w Krakowie (ulica Starowiślna Nr. 8).

Kraków dnia 18. listopada 1893 r.

Prezes Izby lekarskiej w Krakowie

135—1—1 *Dr. Maciej Jakubowski.*

KONKURS.

W gminie miasta Ryglice jest do obsadzenia od dnia 15. listopada b. r. posada lekarza miejskiego z roczną płacą w kwocie 300 złr. w. a., wolnem mieszkaniem i opałem.

Zgłoszenia przyjmuje burmistrz.

132—2—2

L. 733.

Urząd gminny miasta Birczy ogłasza niniejszem

KONKURS

na posadę lekarza miejskiego.

Do posady tej, która na razie będzie prowizorycznie nadaną a po roku stabilizowaną, przywiązana jest płaca roczna 400 złr. w. a. tudzież dochód z oględzin zwłok i bydła.

Podania zaopatrzone w **dyplom doktora medycyny** należy wnosić do urzędu gminnego miasta Birczy do dnia 15. grudnia 1893.

Bircza dnia 15. listopada 1893. 136—3—1

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.